



FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE
ASSURANCE INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS

Nom et Prénom de l'Agent : UPCAR Code : 597

Nom Prénom / ou raison sociale du souscripteur : UBCI

Adresse : 138 Av de la liberté Tunis

I - IDENTIFICATION DE L'ASSURE

Nom et Prénom : Belhadj Hassmi Amna

Date de naissance :

Profession exacte : Employé à l'université de sfax Droitier Gaucher

II - RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Ne peuvent pas être assurées, les personnes atteintes d'une invalidité d'au moins 66%, d'aliénation mentale, paralysie totale d'un membre, d'épilepsie

Avez-vous été victime d'accident ?* Oui Non

Si oui à quelles dates ? :

Quelles en ont été les suites ? : /

Avez-vous une infirmité quelconque ?* Oui Non

Si oui, laquelle et à quel taux éventuellement ?

III - NATURE DES ACTIVITES

Pour les besoins ou dans le cadre de sa profession, l'assuré :

Fait-il avec un véhicule des déplacements habituels et réguliers ?* Oui Non

Si oui, précisez lequel ? : Divers

Exerce-t-il un travail manuel de façon habituelle et régulière ?* Oui Non

Si oui, précisez lequel ? :

Manipule-t-il des produits lourds, encombrants, toxiques, corrosifs ou dangereux ?* Oui Non

Si oui, précisez lequel ? :

Utilise-t-il des outils dangereux tels que outillage mécanique servant à découper, outillage mécanique à bois et outillage électro mécanique ?*

Si oui, précisez lesquels ? : Oui Non

Exercice-t-il des activités dangereuses ?*

Si oui, précisez lesquelles ? : Oui Non

Exercice-t-il une activité sportive ?*

Si oui, précisez laquelle ? : Oui Non

IV - EXTENSIONS FACULTATIVES

L'assuré demande-t-il la garantie de la conduite d'un véhicule à 2 roues muni d'un moteur, d'une cylindrée à 125 cm³ ?*

Oui Non

L'assuré demande-t-il la garantie de l'usage, à titre de passager d'un avion privé ?*

Oui Non

IV - SOMMES ASSUREES

A) Garanties de Base

En cas de décès de l'assuré, paiement d'un capital de (**). 20000,000 DT

Bénéficiaires (Noms et prénoms) : Hamdi Nakram

En cas d'infirmité permanente totale ou partielle, paiement d'une indemnité calculée en fonction du capital fixé à (**). 20000,000 DT

B) Garanties Facultatives

En cas d'incapacité temporaire, versement, par jour d'une indemnité de (**). DT

Remboursement des frais de traitements médicaux à concurrence de (**). DT

Je soussigné, certifie que les réponses faites au présent formulaire de déclaration du risque sont complètes et que j'ai répondu loyalement et avec précision à toutes les questions posées.

J'accepte que ce formulaire de déclaration du risque serve de base pour l'établissement du contrat d'assurance délivré pour la couverture du risque mentionné ci-dessus et en fait partie intégrante.

Toute réticence, déclaration intentionnellement fautive de ma part entraîne les sanctions prévues par l'article 8 du Code des Assurances.

LU ET APPROUVE

FAIT A Sfax LE 21/06/2021

SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSURE


huetepma

(*) Porter une croix dans la case correspondante.
(**) Indiquer le capital assuré